

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

A. Data Peserta

1. Nomor Polis :	<input type="text"/>		
2. Nama Perusahaan:	<input type="text"/>		
3. Nama Pasien :	<input type="text"/>		
4. Tanggal Lahir Pasien:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin:	<input type="text"/> Tahun
5. Nomor Peserta:	<input type="text"/>		
6. Nama Karyawan:	<input type="text"/>		
7. Nomor Induk Karyawan:	<input type="text"/>		

B. Data Perawatan

1. Periode Perawatan dari tanggal :	<input type="text"/>	sampai dengan	<input type="text"/>
2. Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat:	<input type="text"/>		
3. Nomor Kartu Pasien/Rekam Medis:	<input type="text"/>		
Apa penyebab Perawatan :	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan : <input type="text"/>
Tanggal gejala penyakit timbul atau tanggal kecelakaan:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Jelaskan secara terperinci gejala penyakit atau cedera yang diderita :	<input type="text"/>		
4. Apakah Peserta juga dipertanggungjawabkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan Asuransi lain :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Jika "Ya", mohon dapat disebutkan Nomor Polis, tanggal berlaku polis dan nama Perusahaan Asuransi:	<input type="text"/>		

* Jika memerlukan tambahan keterangan, dapat menulis di lembar lain

C. Data Pembayaran Klaim

Apabila klaim disetujui, Pembayaran klaim akan di transfer ke:

1. Nama Pemilik Rekening:	<input type="text"/>		
2. No. Rekening:	<input type="text"/>		
3. Bank:	<input type="text"/>	Cabang	<input type="text"/>

Pernyataan dan Kuasa

- Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Permohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan,

- keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan BCA Life dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh BCA Life ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak disengaja.
 3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Rawat Inap ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika BCA Life melakukan hal-hal berikut ini :
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggung Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungunan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. BCA Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
 4. Sehubungan dengan klausula pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh BCA Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Surat Kuasa

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas benar. Saya menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa, atau kepada setiap Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, atau kepada Institusi Medis, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan kepada BCA Life termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan dan/atau catatan medis Tertanggung. Saya setuju bahwa salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Tanggal _____

Nama & Tanda tangan _____